

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2020

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Wolfgang Greiner

Weiterentwicklung der Vergütung für ambulante Leistungen – Ergebnisse der Arbeit
der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), Seite 14–30

doi: 10.30433/GWA2020-14

Eine Zusammenfassung von Wolfgang Greiner

Weiterentwicklung der Vergütung für ambulante Leistungen – Ergebnisse der Arbeit der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)

Am 28. Januar 2020 hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) ihren Endbericht an Bundesgesundheitsminister Spahn übergeben. In diesem Beitrag sollen die Grundzüge des Gutachtens, das vollständig online beim Bundesgesundheitsministerium abgerufen werden kann (KOMV 2020), zusammengefasst werden. Anlass der Arbeit war eine Vereinbarung im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Bundestages aus dem Jahr 2018, nach dem eine Kommission bis Ende 2019 „[...] unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt [...]“, wie ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden könnte, „[...] das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“.

Hintergrund

Das Bundesgesundheitsministerium hat im Sommer des Jahres 2018 13 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (Mediziner, Juristen und Ökonomen) in eine wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem berufen. Der Gutachtenauftrag der Kommission umfasste ausdrücklich nicht die Vergütung der zahnärztlichen Versorgung und auch nicht die Frage der Zusammenführung der bestehenden Versicherungssysteme, also der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Es war darüber hinaus auch nicht die Aufgabe der Kommission, eine neue Gebührenordnung zu erarbeiten oder sektorenübergreifend (ambulant-stationär) ausgestaltete Vergütungsoptionen zu prüfen. Es ging vielmehr um die Festlegung von Grundprinzipien, welche die Erstellung und Neukonzeption einer oder mehrerer Gebührenordnungen für die ambulante ärztliche Vergütung leiten sollten.

Die Frage der optimalen Honorierung ärztlicher Leistungen wird international wissenschaftlich wie auch gesundheitspolitisch intensiv diskutiert. So hat im Sommer des Jahres 2019 auch in Frankreich eine Expertenkommission ein Gutachten zur zukünftigen Honorierung von ärztlichen Leistungen vorgelegt, allerdings mit stärker sektorenübergreifendem Bezug. Eines der Hauptergebnisse dabei war, dass es nicht die eine optimale Honorierungsform gibt, sondern ein sinnvoll zusammengestellter Mix aus Einzelleistungsvergütungen, Pauschalen (insbesondere für die Versorgung von chronisch Erkrankten) und Komponenten qualitätsbasierter Zahlungen angestrebt werden soll.

Es wird deutlich, dass die Ziele, die mit einem Honorierungssystem verbunden sind, immer vielgestaltig sind. Dabei sind die Sicherung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten wie auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die Praktikabilität des Honorierungssystems zu berücksichtigen. Die Kommission hat hierfür Zieldimensionen definiert und diskutiert, um ihre Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung des ambulanten Honorierungssystems im deutschen Gesundheitswesen daran zu messen. Da die konsentierten Ziele eines modernen Vergütungssystems teilweise in Konflikt miteinander stehen, ist letztlich ein Ausgleich zwischen diesen unterschiedlichen Zielvorstellungen notwendig. Insofern ist eine neue Gebührenordnung immer auch ein politischer Kompromiss, der in Abhängigkeit von den jeweiligen Prioritäten variieren kann.

Zudem sind Folgewirkungen neuer Honorierungsregeln zu beachten, beispielsweise deren Effekt auf Wartezeiten und Erreichbarkeit, die letztlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten ebenfalls eine Form eines (nicht finanziellen) Preises darstellen und auch auf volkswirtschaftlicher Ebene Kosten verursachen können. Dort können neue Honorierungsregelungen darüber hinaus Verteilungswirkungen haben und Finanzierungsprobleme aufwerfen. Technische Innovationen im Bereich der Digitalisierung können des Weiteren neue Anforderungen an ein Honorierungssystem stellen, da sie kontinuierlich die Frage eröffnen, ob – beispielsweise durch verstärkte oder ergänzende Einzelleistungsvergütung – zusätzliche vorübergehende oder dauerhafte Anreize geschaffen werden sollen, um solche Innovationen zu fördern. Honorierungssysteme sind insofern nie ganz abgeschlossen, sondern unterliegen einem fortwährenden

Prozess der Anpassung an neue Gegebenheiten wie den medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch an neue gesundheitspolitische Prioritäten.

Vergütungsstrukturen in der ambulanten Versorgung

Die Vergütungsstrukturen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland sind komplex. Sie sind insbesondere geprägt durch die historisch bedingte Differenzierung zwischen vertragsärztlicher Versorgung (in der gesetzlichen Krankenversicherung) und privatärztlicher Versorgung. Während in Ersterer grundsätzlich der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Vergütungsgrundlage gilt, ist in Letzterer eine amtliche Gebührenordnung, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Grundlage der Vergütung. Dabei ist die Entwicklung der beiden Honorarordnungen in der privat- und kassenbeziehungsweise heute vertragsärztlichen Versorgung eng miteinander verknüpft. Während der Verordnungsgeber bei der Überarbeitung der GOÄ mehrfach das im Ersatzkassenbereich geltende Leistungsverzeichnis zugrunde legte, griffen die Primärkassen oftmals auf die amtliche Gebührenordnung zurück. Durch unterschiedliche Weiterentwicklungen entstanden Unterschiede zwischen den Leistungsverzeichnissen, die jedoch wieder aufgehoben wurden, wenn der Verordnungsgeber bei der Überarbeitung der GOÄ an das Leistungsverzeichnis der vertragsärztlichen Gebührenordnung anknüpfte. Dies war zuletzt im Jahr 1983 bei der seither kaum veränderten GOÄ der Fall. Aufgrund der Weiterentwicklung des EBM, insbesondere der hierbei zwischenzeitlich vorangetriebenen Pauschalierung, bestehen heute deutliche Unterschiede zwischen den Leistungsverzeichnissen des EBM und der GOÄ.

Die Vergütungssystematik unterscheidet sich auch durch die Budgetierung der Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung. Seit dem Jahr 1931 sind die Grundzüge hierfür in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesetzlich verankert, wobei das Ausmaß der Budgetierung mit der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen schwankte. Während dabei lange Zeit die Entwicklung der Grundlohnsomme, also der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder ein ausschlaggebender Faktor war, orientiert sich die Fortschreibung der – nunmehr morbiditätsbedingten – Gesamtvergütung (MGV) seit dem Jahr 2009 an Parametern, die die Preis- und Morbiditätsentwicklung abbilden. Dabei sind mittlerweile zahlreiche Leistungen von der

Budgetierung ausgenommen, sodass etwa ein Drittel der Vergütung unbudgetiert (extrabudgetär) erfolgt. In der privatärztlichen Versorgung existiert eine solche Budgetierung nicht.

Die vertrags- und privatärztliche Versorgung unterscheiden sich aber nicht nur durch die Höhe der Vergütung und die Art der Leistungsdefinitionen. Unterschiedliche institutionelle Arrangements sind Grundlage der Vergütungssysteme. Die privatärztliche Vergütung basiert im Wesentlichen auf dem zweiseitigen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und den öffentlich-rechtlichen Vorschriften der GOÄ. Letztere ist zwar eine Rechtsverordnung; allerdings wird ihre Reform heute informell vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Bundesärztekammer (BÄK) verhandelt. Die Frage, wie Patientinnen und Patienten ihre Kosten erstattet bekommen, stellt sich dabei losgelöst von der Frage nach der ärztlichen Vergütung. Die Kostenerstattung ist hauptsächlich für die Private Krankenversicherung (PKV) und (bei Beamtinnen und Beamten) für die Beihilfe von Bedeutung. Ein beträchtlicher Teil der privatärztlichen Vergütung wird jedoch auch durch die Patientinnen und Patienten direkt getragen.

Im Vergleich zum Vergütungssystem bei privatärztlicher Behandlung sind die Strukturen in der GKV wesentlich komplexer. Dem Verhältnis zwischen einem (GKV-)Versicherten und einem (Vertrags-)Arzt liegt zwar ebenfalls ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag zugrunde, dieser wird jedoch durch die fehlende Vergütungspflicht des Versicherten modifiziert. Die Vergütung erfolgt stattdessen durch die Krankenkassen an die „zwischengeschalteten“ Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie nehmen die Gesamtvergütung entgegen, um sie auf der Grundlage eines von ihnen festgelegten Honorarverteilungsmaßstabs an die vertragsärztlichen Leistungserbringer auszuschütten. Die dem zugrunde liegende rechtliche Gestaltung ist geprägt durch einen Mix aus staatlicher Grobsteuerung durch das SGB V auf der einen und kollektiv(vertraglich)er Selbstregulierung auf mehreren Ebenen auf der anderen Seite.

Neben der vertrags- und privatärztlichen Versorgung gibt es weitere Strukturen zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen. So hat der Gesetzgeber in der GKV mit

Sondersystemen wie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung, den Hochschulambulanzen und durch vieles mehr ambulante Versorgungsbereiche mit eigenen ausdifferenzierten Vergütungsregelungen geschaffen.

Empirie und Anreize in der ambulanten ärztlichen Vergütung

87 Prozent der Bevölkerung sind derzeit in der GKV und elf Prozent in der PKV versichert; etwa zwei Prozent verfügen über andere Ansprüche auf Krankenversorgung. Obwohl die GKV gemäß ihrem Versichertenanteil den weitaus größten Anteil der ambulanten Vergütung trägt, hat die privatärztliche Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte eine hohe Bedeutung. Diese ist vor allem auf das – im Durchschnitt – deutlich höhere Vergütungsniveau der GOÄ zurückzuführen: Pro Kopf betragen die Ausgaben für PKV-Versicherte im ambulanten Bereich ungefähr das 2,3-Fache der GKV. Ein bedeutender Teil der Ausgaben, über 50 Prozent, wird dabei nicht von der PKV, sondern von der Beihilfe und über Selbstbeteiligungen der Versicherten finanziert. Wem die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit zugutekommen, unterscheidet sich sowohl regional als auch zwischen den Arztgruppen erheblich: Die privatärztliche Vergütung hat insbesondere für spezialisierte Ärztinnen und Ärzte mit hohem technischem Leistungsanteil, bevorzugt in städtischen Regionen und in größeren Praxen, eine große Bedeutung. In ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung spielt die Abrechnung nach GOÄ hingegen eine geringere Rolle.

Der hohe Pauschalierungsgrad des EBM – über 40 Prozent der Vergütung werden über Pauschalen ausgezahlt – setzt grundsätzlich einen finanziellen Anreiz zu einer zurückhaltenden Ressourcenverwendung, aber auch zur Unterversorgung, da die Vergütung bei einer Leistungsausweitung nicht steigt. Die Einzelleistungsorientierung der GOÄ wiederum setzt einen Anreiz zur Überversorgung, da jedem Mehr an Leistung ein Mehr an Vergütung gegenübersteht. Durch die Parallelität verschiedener Gebührenordnungen mit unterschiedlich hohen Vergütungsniveaus und unterschiedlichen Anreizen einerseits in Verbindung mit begrenzten ärztlichen und wirtschaftlichen Ressourcen andererseits können Fehlanreize entstehen, Patientinnen und Patienten nicht bedarfsgerecht zu versorgen. Auch die Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich, die dort für rund zwei Drittel der ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, kann

zu Fehlanreizen führen. So deuten empirische Befunde darauf hin, dass gerade am Quartalsende, wenn „Praxisbudgets“ erschöpft sind, bevorzugt Privatpatienten/Selbstzahler behandelt oder vertragsärztliche Leistungen erbracht werden, die ebenfalls keiner Mengenbegrenzung unterliegen.

Der internationale Vergleich zeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem zwar etliche Besonderheiten aufweist (beispielsweise substitutive private Krankenvollversicherung, freie Arztwahl im haus- und fachärztlichen Bereich, keine Selbstbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Behandlung, relativ starre Sektorengrenzen), zugleich aber mit Entwicklungen konfrontiert ist, die auch andere Gesundheitssysteme vor Herausforderungen stellen (beispielsweise Begrenzung des Leistungskatalogs und der ärztlichen Vergütung, Bestimmung eines geeigneten Pauschalierungsgrads, Umgang mit Wartezeiten). Daher lohnt ein Blick auf Lösungsansätze in anderen Ländern. Teilweise könnten sie – einzeln oder in Kombination – in das deutsche Gesundheitssystem übernommen werden, ohne dass dieses mit grundlegenden Umstrukturierungen verbunden sein müsste.

Ziele und Ausgestaltungsmöglichkeiten ambulanter Honorierung

Auf Basis intensiver Diskussionen, der Anhörungen von relevanten Akteuren aus dem Gesundheitswesen (unter anderem von der BÄK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Spitzenverband der Krankenkassen, der PKV, den Bundesländern und von Patientenverbänden) und Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) einen Katalog von Zielen für ein zukünftiges ambulantes Vergütungssystem entwickelt und hält dabei die folgenden Oberziele für maßgeblich: Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Kosteneffizienz und Nachhaltigkeit), Angemessenheit und Transparenz der ärztlichen Vergütung, bedarfsgerechter und finanzierbarer Zugang sowie die Praktikabilität des Systems.

Ein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen wäre dabei mit einer Reihe von Vorteilen im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem verbunden. Es entstünden langfristig wirtschaftliche Synergieeffekte,

da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse mit darauf aufbauenden Kalkulationssystemen parallel weiterentwickelt werden müssten. Wissen und Daten könnten zusammengeführt und so die Kostenkalkulation verbessert werden, sodass finanzielle Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden könnten. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Praktikabilität im medizinischen Alltag würden erhöht.

Ein einheitliches Vergütungsrecht wäre jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Angesichts des unterschiedlichen Vergütungsniveaus in der GKV und dem privatärztlichen Bereich würde infolge einer Vereinheitlichung entweder das aktuelle ärztliche Honorarvolumen sinken oder müssten zur Aufrechterhaltung desselben zusätzliche Mittel durch GKV-Beitragserhöhungen oder einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln erfolgen; der schon praktisch schwierig umzusetzende kompensatorische Zugriff auf Selbstzahlerinnen und -zahler oder Unternehmen der PKV ist demgegenüber verfassungsrechtlich umstritten. Und auch wenn ein insgesamt gleichbleibendes Vergütungsniveau in der ambulanten ärztlichen Versorgung sichergestellt würde, käme es zu beträchtlichen finanziellen Verschiebungen. Tendenziell würden die ärztlichen Honorare in der Stadt ab- und im ländlichen Bereich zunehmen. Innerhalb der Ärzteschaft würde eine Umverteilung von eher technischen zu eher konservativ tätigen Arztgruppen stattfinden. Auch stellt sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuerungsmechanismen, wie der Budgetierung (von MGV-Leistungen), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe.

Nicht zuletzt würde es auch bei einheitlichen Preisen kaum zu verhindern sein, dass sich ein Sekundärmarkt bildet, auf dem Patientinnen und Patienten mit entsprechender Zahlungsbereitschaft ärztliche Leistungen zu höheren Preisen kaufen, etwa zur Vermeidung von Wartezeiten. Viele Vorteile einer Vereinheitlichung der Vergütung könnten dadurch konterkariert werden. Auch verfassungs- und unionsrechtlich ist strittig, ob ein kategorisches Verbot einer abweichenden Vergütung zu rechtfertigen wäre.

Konzept einer partiellen Harmonisierung

Im Gutachten wird daher das Konzept einer partiellen Harmonisierung vorgeschlagen, das die positiven Aspekte einer Vereinheitlichung des Vergütungsrechts partiell aufgreift, dabei den geschilderten Herausforderungen jedoch Rechnung trägt und mit keinen verfassungs- und unionsrechtlichen Bedenken verbunden ist. Dabei wird unterschieden zwischen denjenigen Bausteinen einer Gebührenordnung, die sinnvollerweise gemeinsam (weiter)entwickelt werden sollten, sowie Bausteinen, bei denen die Unterschiede zwischen vertrags- und privatärztlicher Vergütung erhalten bleiben. So differenziert der vorliegende Vorschlag zwischen der Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) und der relativen Kostenbewertung von Leistungen einerseits – das heißt, den in Faktoren ausgedrückten Kostenverhältnissen von ärztlichen Leistungen im Vergleich zueinander – und den Preisen für diese Leistungen andererseits.

Die gemeinsame Leistungslegendierung (GLL) umfasst grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum der ärztlichen Behandlung, wobei die Leistungslegendierung von der nachgelagerten Frage der Finanzierung beziehungsweise Kostenerstattung (durch GKV, PKV oder Beihilfe) unabhängig ist. Neben den Leistungen, die aktuell im EBM und in der GOÄ enthalten sind, sollten beispielsweise auch Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, durch sozialpädiatrische Zentren oder psychiatrische Institutsambulanzen enthalten sein. In Selektivverträgen könnten weiterhin gesonderte Regelungen getroffen werden. Auf Grundlage der GLL wird eine Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK) erstellt. Diese legt basierend auf Kostendaten die relativen Bewertungen der Leistungen im Vergleich zueinander fest. Als Ergebnis dieser Bewertung wird jeder Leistung der GLL ein Bewertungsfaktor zugewiesen, der die Kostenverhältnisse im Vergleich zu einer zu definierenden Standardleistung angibt. Über die (absoluten) Preise der Leistungen erfolgt in diesem Schritt noch keine Aussage, diese werden auf der getrennten Ebene innerhalb des jeweiligen Systems (vertrags-/privatärztlicher Bereich) bestimmt.

Während die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation von gemeinsamen Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung entwickelt werden,

werden die Preise auf dieser Grundlage weiterhin in dualen Verhandlungsregimen (gemeinsame GKV-Selbstverwaltung beziehungsweise PKV/BÄK) ausgehandelt. Dabei können neben den Kosten auch regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte einfließen, insbesondere der medizinische Nutzen beziehungsweise die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau. Mit diesem Vorschlag können Unterschiede zwischen der vertrags- und privatärztlichen Vergütung von den Verhandlungspartnern gesteuert und bewusst erhalten bleiben (Abbildung 1).

Vertragspartner in der vertragsärztlichen Versorgung sind in diesem Modell wie bisher auf Bundesebene der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die bisherigen Mechanismen mit Verhandlungen auf Bundes- und regionaler Ebene – unter anderem auch zur Ermittlung der Gesamtvergütung – können grundsätzlich beibehalten werden. In der privatärztlichen Versorgung hat sich die Regelungsform der Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats nicht bewährt. Insbesondere ist sie zu schwerfällig, um medizinische Innovationen sowohl zügig als auch rechtssicher in der Vergütung abzubilden. Daher ist auch hier eine gesetzlich strukturierte Verhandlungslösung vorgesehen. Dafür sind die Verhandlungspartner BÄK und PKV-Verband verantwortlich, von denen der Verordnungsgeber ohnehin bereits bei der gegenwärtig angestrebten Novellierung der GOÄ einen konsentierten Vorschlag erwartet.

Während derzeit für eine Abrechnungserlaubnis zahlreicher Leistungen im EBM Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen, ist dies im privatärztlichen Segment bisher nicht vorgesehen. So können Ärztinnen und Ärzte, die für bestimmte Leistungen aufgrund fehlender Qualitätsnachweise keine vertragsärztliche Abrechnungserlaubnis haben, diese Leistungen privatärztlich nach der GOÄ abrechnen. Zum Schutz aller Patientinnen und Patienten sind daher verbindliche und einheitliche (Mindest-) Qualitätsstandards in der vertrags- und privatärztlichen Versorgung unabdingbar. Dazu wäre es sinnvoll, im Modell der partiellen Harmonisierung auf der gemeinsamen Ebene Mindestqualitätsvoraussetzungen zu definieren, die für die Erbringung und Abrechnung in der vertragsärztlichen und für die Erstattungsfähigkeit durch die PKV

in der privatärztlichen Versorgung verbindlich sind. Maßnahmen, die über Mindestanforderungen hinausgehen, könnten – im Sinne eines Systemwettbewerbs – auf der getrennten Ebene differenziert beschlossen werden. Ärztinnen und Ärzte dürften Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie die Mindest- und darüber hinausgehenden Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Dabei sind auch die bereits bestehenden Anforderungen an technische Geräte, beispielsweise bei Sonografien, zu überdenken und gegebenenfalls neu zu bewerten. In der privatärztlichen Versorgung sind Patientinnen und Patienten vor der Leistungserbringung darüber zu informieren, wenn eine Leistung aufgrund nicht erfüllter Qualitätsanforderungen für den privatärztlichen Bereich gegebenenfalls nicht durch die PKV erstattet wird. Zur Stärkung der Transparenz in diesem Wettbewerb könnte zusätzlich eine verpflichtende Information der Patientinnen und Patienten vorgeschrieben werden, wenn eine Leistung gemäß den Qualitätsanforderungen des jeweils anderen Bereichs nicht erbracht werden dürfte. Die Überprüfung der Einhaltung der (Mindest-)Qualitätsanforderungen und der vorgenannten Transparenzpflichten könnte für den vertragsärztlichen Bereich den KVen und für den privatärztlichen Bereich den Landesärztekammern übertragen werden.

Um außerdem den bisher bestehenden Fokus der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung von der Strukturqualität schrittweise auf die Prozess- und Ergebnisqualität zu erweitern, sollte die Anwendung evaluierter und konsentierter Qualitätsindikatoren gefördert und regelmäßige Patientenbefragungen etabliert werden. So müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass eine weitgehend automatisierte und flächendeckende Datenerhebung möglich ist: Dies bedeutet eine Harmonisierung sowohl der technischen Anforderungen an die Datenerhebung (elektronische Patientenakte) als auch der zu dokumentierenden Merkmale (beispielsweise Kodierung von Diagnosen und Leistungen). Ziel muss eine valide Qualitätsmessung in der ambulanten Versorgung sein, die jedoch keine überbordende zusätzliche Datenerhebung durch die Leistungserbringer mit sich bringen darf.

Im Gegensatz zu einer Vollvereinheitlichung ist bei einer partiellen Harmonisierung mit vergleichsweise geringen Umverteilungswirkungen gegenüber dem Status quo zu

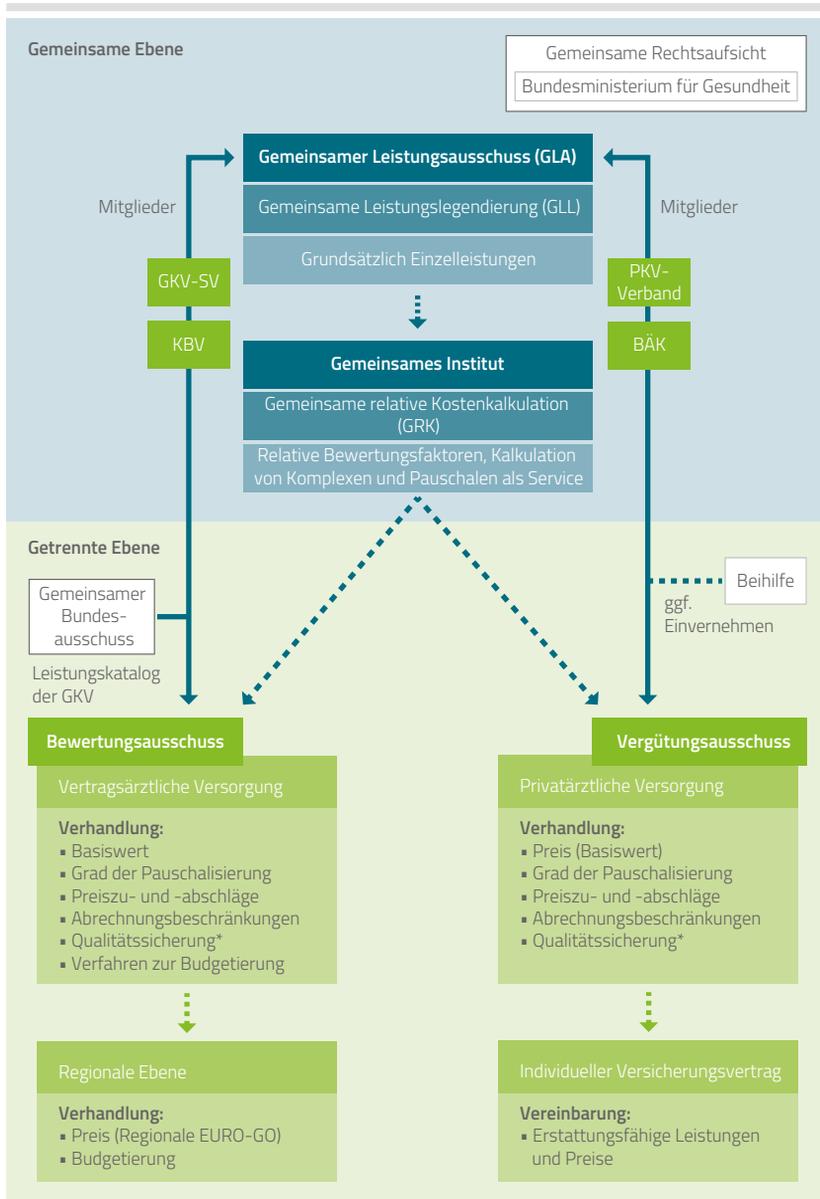
rechnen. Verteilungswirkungen ergeben sich insbesondere aus der erstmaligen umfassenden betriebswirtschaftlichen Kalkulation für den privatärztlichen Bereich, welche zu einer Veränderung der bisherigen relativen Bewertungen führen könnte. Da die Preise im beschriebenen Modell Verhandlungslösungen sind, lassen sich das potenzielle Umverteilungsvolumen und die Auswirkungen auf Arztgruppen und Regionen unter anderem an dieser Stelle allerdings nicht beziffern. Überdies kann unerwünschten Umverteilungswirkungen im Rahmen der Verhandlungen entgegengewirkt werden. Ein wesentlicher Vorteil des Vorschlags besteht darin, dass aufgrund der Trennung der Verhandlungsregime Kompensationsmechanismen nicht erforderlich sind. Auch die Gefahr der Entwicklung eines Sekundärmarkts, der mögliche Vorteile einer Vollvereinheitlichung wieder konterkarieren würde, bleibt gering.

Die vorgeschlagene zweistufige Grundkonstruktion aus Kostenbewertung einerseits und Preisverhandlung andererseits ermöglicht zielgenaue Steuerungen, beispielsweise im Hinblick auf Zuschläge für förderungswürdige Leistungen. Auf der gemeinsamen Ebene können unter anderem durch eine differenzierte Leistungsdefinition besonders aufwändige Leistungen wie die Behandlung von Menschen mit schwersten mehrfachen Behinderungen oder die Betreuung von Pflegeheimpatienten zielgerecht kalkuliert werden. Darüber hinaus besteht aber auch im Rahmen der Preisverhandlungen die Möglichkeit, Leistungen mit Preiszuschlägen nuanciert zu fördern.

Weitere Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Honorierung im ambulanten Bereich

Ergänzend besteht Handlungsbedarf an verschiedenen Stellen im System der ambulanten Vergütung. So sollte unter anderem den Fehlanreizen, die mit einer überwiegend pauschalisierten oder überwiegend an Einzelleistungen orientierten Vergütung verbunden sind, durch eine stärkere Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen und durch die Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungselementen entgegengewirkt werden. Zudem sollte von dem nur historisch zu erklärenden Bezug auf das Quartal als Abrechnungszeitraum in der GKV teilweise Abstand genommen werden. Die Quartalsbetrachtung ist insbesondere problematisch, wenn das Budget am Quartalsende erschöpft ist und eine erbrachte Leistung aus ärztlicher Sicht nicht mehr in voller Höhe vergütet wird.

Abbildung 1: Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“



Quelle: KOMV (2019)

Anmerkung: *über die gemeinsamen Mindeststandards hinaus

Als Folgen sind eine Leistungsreduktion, das bedeutet, die Patientin beziehungsweise der Patient erhält weniger Leistung als bedarfsgerecht, oder eine zeitliche Verschiebung der Leistung ins nächste Quartal mit den damit verbundenen Wartezeiten denkbar. Der Quartalsbezug setzt zudem auch den Anreiz, eine Patientin beziehungsweise einen Patienten in jedem Quartal erneut einzubestellen, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit. Abhängig von der Art der Leistung und den Versorgungszielen sollten daher die zugrunde liegenden Bezugszeiträume flexibilisiert werden. Dies geht einher mit dem Vorschlag, die Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich vorrangig über jährliche, auf Einschreibungen beruhende Versichertenpauschalen mit monatlichen Abschlagszahlungen zu gestalten. Zur Förderung von kooperativen Teamleistungen sollten darüber hinaus Leistungskomplexe definiert werden, die auch durch interdisziplinäre oder interprofessionelle Teams von Leistungserbringern beziehungsweise durch Delegation innerhalb des Praxisteam erbracht werden können. Zusätzlich sind Voraussetzungen und Bedingungen einer sektorenübergreifenden Koordination verbindlich festzulegen und durch geeignete Pauschalen zu fördern. Um dabei auch in Zukunft eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern und die Leistungserbringung insbesondere in unterversorgten (ländlichen) Regionen sowie deprivierten städtischen Bereichen zu fördern, sollten dort zukünftig wirksame Vergütungsanreize gesetzt und attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Hierzu gehört auch eine Anpassung der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zur Umsetzung der dargelegten Reformvorschläge erscheint es schließlich sinnvoll, die Rahmenbedingungen für das Erproben und wissenschaftliche Evaluieren verschiedener Vergütungssystematiken – beispielsweise durch eine intensivere Berücksichtigung im Innovationsfonds – zu stärken beziehungsweise im privatärztlichen Bereich durch die Möglichkeit von Modellvorhaben überhaupt erst zu schaffen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung sollte des Weiteren in moderne IT-Infrastrukturen investiert werden und die technischen Abrechnungsprozesse sollten deutlich beschleunigt werden. Eine Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung sollte darüber hinaus die nach wie vor starren Sektorengrenzen und somit Überlegungen zur sektorenübergreifenden Versorgung nicht aus dem Blick verlieren. Für einen funktionsfähigen Qualitäts-

und Preiswettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor – dies wäre Voraussetzung für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung – müssen gleiche Rahmenbedingungen im Hinblick auf Leistungsdefinitionen und Leistungsdokumentation, Qualitätssicherung und Kodierung sowie Vergütung gewährleistet sein. Einheitliche Leistungsdefinitionen, eine verbesserte Kostentransparenz und gemeinsame Qualitätsanforderungen im ambulanten Sektor sind dabei ein wichtiger Schritt, um auch sektorenübergreifend gemeinsame Regelungen zu entwickeln und so gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Erste Reaktionen auf die Reformvorschläge

Das Gutachten ist aufgrund der Corona-Krise nur relativ kurz in der Fachöffentlichkeit diskutiert worden. Veranstaltungen zur Erörterung der Ergebnisse im Frühjahr und Sommer des Jahres 2020, die schon fest terminiert waren, mussten wegen der Ansteckungsrisiken mit SARS-CoV-2 abgesagt werden. Unmittelbar nach Übergabe des Gutachtens im Januar 2020 wurde aber bereits deutlich, dass wie so häufig die gesundheitspolitischen Interessenvertreter einzelne Vorschläge, die ihnen für ihre Klientel nützlich erscheinen, begrüßen, andere aber kritisch bis ablehnend beurteilen. So würdigt der PKV-Verband einerseits, „dass die Wissenschaftler in ihrem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen Gutachten keine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen für ärztliche Leistungen empfehlen“ (Ärztblatt 2020). Andererseits sei eine von den Systemstrukturen der GKV und PKV unabhängige Beschreibung der Leistungen praxisfern (Schulze Ehring 2020). Warum allerdings beispielsweise eine Koloskopie bei einem Privatpatienten einer anderen Leistungsbeschreibung bedarf als bei einem gesetzlich Versicherten und warum die Kostenkalkulation sich dabei aus Sicht der Leistungsanbieter je nach Versicherungsstatus des Versicherten unterscheiden sollte, bleibt bei dieser Argumentation unklar. Ebenfalls kritisch, aber fundierter setzt sich von Stillfried von der KBV mit dem Vorschlag der partiellen Harmonisierung auseinander. Die Idee, den Vergütungssystemen mit der Definition ärztlicher Einzel- beziehungsweise Teilleistungen einen gemeinsamen Anker zu geben, sei interessant, aber extrem herausfordernd, der Gemeinsame Leistungsausschuss wäre mit Aufgaben überfrachtet, und die notwendige Weiterentwicklung würde eher gelähmt als befördert (KBV 2020). Allerdings müssen auch heute

schon alle diese Verhandlungen aufwändig geführt und die zugehörigen Kalkulationen getätigt werden, nur derzeit im Wesentlichen zweimal (für GOÄ und EBM). Zudem würde die gemeinsame Legendierung schrittweise erfolgen und könnte auf derzeit aktuellen Vorarbeiten in beiden Systemen aufbauen. Der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt hält die Vorschläge vor diesem Hintergrund für „eine gute Grundlage für alle weiteren Reformüberlegungen in diesem Bereich“ (zitiert nach Ärzteblatt 2020).

Fazit

Im Gesundheitswesen kommt dem Vergütungssystem große Relevanz zu, denn dieses entscheidet mit darüber, welche Leistungen abgerechnet beziehungsweise wo, von wem und mit welcher Qualität und in welcher Menge diese angeboten werden. Das Vergütungssystem im Gesundheitswesen hat somit erhebliche versorgungspolitische Bedeutung. Ob das deutsche Gesundheitssystem in der Vergütung ambulant-ärztlicher Leistungen zwei unterschiedliche Systeme für vergleichbare, wenn nicht sogar größtenteils identische medizinische Leistungen benötigt und welche Wirkungen von dieser Dualität ausgehen, wird auch weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Diskussionen sein.

Das Gutachten der KOMV kann zur Strukturierung dieser Diskussion beitragen. Aufbauend auf einem Überblick zur Geschichte der Honorarsysteme in Deutschland werden darin die Vergütungssysteme für die ambulant-ärztliche Versorgung, wie sie derzeit in der vertragsärztlichen und privatärztlichen Versorgung bestehen, sowie der verfassungs- und unionsrechtliche Rahmen für Vergütungsregelungen vorgestellt und eine Einordnung im internationalen Vergleich gegeben. Nach einer empirischen Betrachtung der aktuellen Vergütungssituation werden einige theoretische Überlegungen zu den Anreizen der unterschiedlichen, theoretisch denkbaren Honorierungsformen sowie der bestehenden Honorierungssysteme diskutiert. Das Gutachten gibt aufbauend auf einem expliziten Zielsystem Reformempfehlungen unter Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile, mit denen die bisherige Systematik im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem weiterentwickelt werden könnte.

Es bleibt abzuwarten, welchen gesundheitspolitischen Stellenwert die Weiterentwicklung des Honorarsystems in Deutschland zukünftig haben wird. Es ist durchaus möglich, dass dabei eher sektorübergreifende Elemente der Honorierung im Mittelpunkt stehen werden, um eine verbesserte Koordinierung der unterschiedlichen Versorgungsebenen zu unterstützen. Dieses Thema war leider ausdrücklich nicht im Gutachtauftrag enthalten. Trotzdem bestehen gute Chancen, dass das Gutachten einen Beitrag zur zukünftigen Neuordnung der Honorierungssysteme in der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland leisten wird, damit langfristig bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen gesichert werden und sich die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten weiter verbessert.

Literatur

Anmerkung: Im Gutachten finden sich zahlreiche Publikationen zum Thema, die in dieser Zusammenfassung nicht vollständig wiedergegeben werden können. Es sei daher ergänzend auf die dortige Literaturliste verwiesen.

Ärzteblatt (2020): Lob und Tadel für Honorarkommission, Bericht vom 29. Januar 2020, online unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/109012/Lob-und-Tadel-fuer-Honorarkommission (Download am 25. Mai 2020).

KBV (2020): Einheitsgebührenordnung von GOÄ und EBM vom Tisch, Praxisnachrichten vom 30. Januar 2020, online unter: www.kbv.de/html/1150_44046.php (Download am 24. Mai 2020).

KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV_-_Dezember_2019.pdf (Download am 24. Mai 2020).

Schulze Ehring, F. (2020): Gebührenordnung(en) am Scheideweg. In: Observer Gesundheit vom 29. Januar 2020, online unter: <https://observer-gesundheit.de/gebuehrenordnungen-am-scheideweg/> (Download am 24. Mai 2020).